ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23–15

Date de publication : 1er août 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* AU CANADA : MISE À JOUR	F-1	113-120
AVIS	F-5	120

Pagination officielle :

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* AU CANADA : MISE À JOUR

Les infections à *Chlamydia trachomatis* sont l'une des plus fréquentes maladies bactériennes transmises sexuellement (MTS)[1]. Environ 300 millions de cas ont été signalés dans le monde[2]. Au Canada, 84 % des MTS déclarées actuellement sont des infections génitales à *C. trachomatis*. Les chlamydioses génitales sont des maladies à déclaration obligatoire dans tout le Canada depuis 1990[3]; ce n'est cependant que depuis 1992 que toutes les provinces et les territoires fournissent systématiquement des données sur les cas. Avant 1990, les résultats d'analyses positifs étaient communiqués par les laboratoires canadiens par le biais d'un système de déclaration volontaire[4].

Les *Chlamydiae* se distinguent d'autres microorganismes par leur cycle particulier de croissance. Ce sont des parasites intracellulaires obligatoires qui ne peuvent être cultivés sur un milieu artificiel; ces bactéries dépendent de la cellule-hôte pour la synthèse de composés riches en énergie. Le microorganisme infecte en premier lieu l'épithélium cylindrique. Le cycle évolutif commence par la fixation de la particule infectieuse, appelée corps élémentaire, sur la cellule-hôte, à l'intérieur de laquelle il pénètre ensuite. La réplication du corps élémentaire fait éclater la cellule; c'est la raison pour laquelle ce microorganisme est considéré comme pathogène.

Une transmission horizontale et verticale est possible. Il y a transmission verticale lorsque le microorganisme est transmis de la mère au nouveau-né par la filière pelvi-génitale. Le nourrisson peut contracter une pneumonie ou une conjonctivite.

Environ 70 % des infections chez les femmes sont asymptomatiques. Les symptômes peuvent se manifester dans les 6 à 14 jours qui suivent l'expo- sition. Le tableau clinique éventuel associe cervicite mucopurulente, endométrite, salpingite et périhépatite.

La principale manifestation clinique de la chlamydiose chez les hommes est l'urétrite. Environ 1 % à 25 % des hommes actifs sexuellement sont des porteurs asymptomatiques de l'infection et servent de réservoirs aidant à propager la bactérie. Au nombre des complications d'une urétrite non traitée figurent l'épididymite, l'infertilité et le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Chez les hommes homosexuels, les rapports anaux passifs peuvent être à l'origine d'une rectite et d'une rectocolite; on ne dispose pas toutefois de suffisamment de données pour affirmer que *C. trachomatis* peut causer une prostatite.

Les chlamydioses génitales sont des infections importantes parce que si elles ne sont pas traitées, elles peuvent entraîner des complications, notamment chez les femmes en âge de procréer. Jusqu'à 65 % des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), 70 % de toutes les stérilités tubaires et 30 % de toutes les grossesses ectopiques sont en effet associés à une infection chlamydienne antérieure[2]. Les infections génitales à *Chlamydia* imposent un fardeau de 41 à 123 millions de dollars par année à la société canadienne[2].

Chlamydia est souvent un marqueur d'infection par un autre agent responsable de MTS, notamment de la gonorrhée. Environ 40 % des hommes et 60 % des femmes atteints d'une chlamydiose souffrent en même temps d'une gonorrhée. En raison du taux élevé de co-infection et du fait que la cervicite gonococcique et la cervicite à *Chlamydia* sont difficiles à distinguer en clinique, les protocoles thérapeutiques actuels recommandent le double traitement de la gonorrhée et de la chlamydiose.

La prévalence de l'infection dans une collectivité varie selon la population examinée. Dans la population en général, elle oscille entre 5 % et 6 % chez les femmes non enceintes, mais les estimations de la prévalence dans l'ensemble de la population fournissent peu d'informations épidémiologiques pouvant faciliter l'élaboration de stratégies de prévention et d'intervention. Lorsqu'on soumet des adolescents actifs sexuellement ou des étudiants de niveau collégial à des tests de dépistage, on obtient des taux de prévalence de 15 % et de 25 %, respectivement.

En 1995, 37 557 cas de chlamydiose génitale ont été signalés au Canada, ce qui représente une baisse de 19 % par rapport aux 46 365 cas déclarés en 1992. Le taux national d'infection a diminué de 22 % entre 1992 et 1995, passant de 162,4 à 126,8 cas pour 100 000 habitants.

Plus de 85 % des cas signalés en 1995 avaient entre 15 et 29 ans, 10 % entre 30 et 39 ans, 3,4 % ≥ 40 ans et 1,5 % ≤ 14 ans.

Dépistage

Les programmes de dépistage des maladies transmises sexuellement (notamment des chlamydioses génitales, de la gonorrhée et de la syphilis) visent principalement les personnes actives sexuellement de < 25 ans. Les efforts portent sur cette population à cause du taux élevé d'infection qui y est observé et parce que les femmes dans cette cohorte d'âge risquent de développer des séquelles graves[5]. Le tableau 1 énumère les critères utilisés pour le dépistage. Le dépistage comporte trois grands volets : le recueil des antécédents sexuels de la personne, l'examen physique et les épreuves de laboratoire. On recommande également de soumettre les femmes enceintes à un dépistage général, qui comporte un recueil des antécédents sexuels, un examen des organes génitaux externes et un examen ciblé des tissus extra-génitaux[5].

Analyse

Le tableau 2 donne la liste des cas et des taux de chlamydiose génitale selon l'âge et le sexe pour la période 1992-1995.

Hommes et femmes de > 14 ans (n'englobe pas la catégorie «Âge non précisé» au tableau 2)

En 1995, 36 715 cas de chlamydiose génitale ont été signalés chez des personnes de > 14 ans, comparativement à 43 595 en 1992, ce qui représente une baisse de 16 % sur 4 ans. Le nombre de cas chez les femmes a chuté de 16,5 % entre 1992 et 1995, passant de 33 242 à 27 747. Chez les hommes, le nombre de cas signalés a également baissé de 13 %, passant de 10 316 en 1992 à 8 962 en 1995.

La différence selon le sexe est demeurée relativement stable entre 1992 et 1995. En 1992, le ratio femmes/hommes était de 3,2:1,0; il a fléchi légèrement pour s'établir à 3,1:1,0 en 1995.

Le taux signalé d'infection chez les femmes de > 14 ans se situait à 230,9 cas pour 100 000 en 1995, comparativement à 288,5 en 1992. Chez les hommes de cet âge, le taux est passé de 92,6 à 88,9 pour 100 000 entre 1992 et 1995, soit une baisse de 20 % chez les femmes et de 4 % chez les hommes.

En 1995, ce sont les femmes de 15 à 19 ans qui présentaient le taux le plus élevé d'infection : 1 109,1 cas pour 100 000. Ce taux est presque neuf fois plus élevé que le taux national pour les deux sexes et six fois plus élevé que le taux national pour les femmes (tous âges confondus). Les femmes de 20 à 24 ans venaient au second rang, avec un taux d'infection de 1 041,7 cas pour 100 000, taux huit fois supérieur au taux national. On retrouvait les taux les plus élevés chez les hommes dans le groupe de 20 à 24 ans (335,6 cas pour 100 000) et dans le groupe des 15 à 19 ans (169,6 pour 100 000). Ces taux étaient, respectivement, 2,6 et 1,3 fois plus élevés que le taux national.

Tableau 1
Critères pour le dépistage en laboratoire de *Chlamydia trachomatis*[5]

Méthode de dépistage	Sujets à tester
RECHERCHE DE CAS **stratégie axée sur le patient et visant les personnes plus à risque de contracter une ou plusieurs MTS (p. ex., partenaires sexuels)**	Partenaires sexuels des personnes qui ont ou sont soupçonnées d'avoir un ou plusieurs des troubles suivants : • *Chlamydia* • gonorrhée • syphilis • virus de l'hépatite B • VIH • urétrite • cervicite • atteinte inflammatoire pelvienne • épididymite
	Nouveau-nés à risque de contracter une MTS congénitale lorsque : • la mère est à haut risque de MTS (voir dépistage ciblé) • on ne sait pas si la mère a une MTS ou non (c.-à-d. aucun dépistage prénatal) • on sait qu'un ou l'autre des parents est atteint d'une urétrite, d'une cervicite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne, d'une épididymite ou d'une infection à *Chlamydia*, d'une gonorrhée, de syphilis, du VIH ou d'un virus de l'hépatite B
	Victimes d'agression sexuelle et enfants victimes d'abus sexuel
DÉPISTAGE CIBLÉ **stratégie axée sur le groupe et visant des sous-populations où les taux de prévalence de MTS sont élevés (p. ex., les jeunes de la rue, les adolescents, les noyaux de transmetteurs)**	Frères et soeurs des enfants victimes d'abus sexuel Personnes sexuellement actives appartenant à l'un ou l'autre des groupes à risque suivants : • personnes de < 25 ans • utilisateurs de drogues injectables • autres toxicomanes • jeunes de la rue • personnes ayant eu une MTS au cours de l'année précédente • personnes ayant eu des contacts avec un nouveau partenaire dans les 2 derniers mois • personnes ayant eu deux partenaires ou plus au cours de l'année précédente • personnes utilisant une méthode de contraception autre que le condom • personnes ayant des relations sexuelles non protégées (sans condom) avec un membre d'un des groupes à risque précédents
DÉPISTAGE GÉNÉRAL **stratégie axée sur la population et visant certaines personnes qui ne sont pas considérées à risque pour les MTS, mais chez qui l'infection pourrait avoir de graves conséquences (p. ex., dépistage de la syphilis et de l'infection à VIH chez les femmes enceintes)**	Femmes enceintes au cours du troisième trimestre de la gestation (voir sections sur la recherche de cas et le dépistage ciblé)

Tableau 2
Taux déclarés et taux* de chlamydiose génitale au Canada selon l'âge et le sexe, 1992-1995

Âge (ans)	1992						1993					
	H		F		Total†		H		F		Total†	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
<1	24	11.6	23	11.7	47	11.7	9	4.5	18	9.5	27	6.9
1-4	7	0.9	16	2.1	24	1.5	4	0.5	11	1.4	15	0.9
5-9	3	0.3	14	1.5	17	0.9	6	0.6	11	1.1	17	0.9
10-14	32	3.2	605	64.1	637	32.9	51	5.1	600	62.6	651	33.2
15-19	2,047	207.2	13,235	1,403.3	15,291	791.8	2,077	208.6	12,744	1,342.1	14,825	762.2
20-24	4,290	403.0	12,466	1,203.5	16,774	798.7	4,132	390.1	12,012	1,166.9	16,145	773.0
25-29	2,122	169.2	4,550	373.3	6,678	270.0	2,250	185.5	4,558	385.9	6,810	284.4
30-39	1,423	55.8	2,407	95.8	3,833	75.7	1,490	57.1	2,542	99.1	4,035	78.0
40-59	400	12.1	526	16.0	926	14.0	451	13.2	500	14.7	951	14.0
60+	34	1.7	58	2.3	93	2.1	27	1.3	40	1.5	67	1.5
Âge non précisé	429	—	1,463	—	2,045	—	124	—	343	—	479	—
Total	**10,811**	**76.4**	**35,363**	**245.7**	**46,365**	**162.4**	**10,621**	**74.0**	**33,379**	**226.7**	**44,022**	**152.1**

	1994						1995					
<1	20	10.1	27	14.3	47	12.1	24	12.2	32	12.7	56	14.7
1-4	2	0.2	13	1.6	15	0.9	6	0.7	5	0.6	11	0.7
5-9	4	0.4	13	1.3	17	0.9	3	0.3	10	1.0	13	0.7
10-14	33	3.2	577	59.5	610	30.7	21	2.0	466	47.6	487	24.3
15-19	1,914	190.4	11,567	1,208.4	13,486	687.2	1,721	169.6	10,704	1,109.1	12,427	627.6
20-24	3,859	369.8	11,282	1,111.5	15,157	736.2	3,478	335.6	10,496	1,041.7	13,976	683.7
25-29	2,022	173.7	4,165	366.0	6,196	269.2	1,848	163.1	3,745	336.8	5,594	249.2
30-39	1,544	58.5	2,669	103.1	4,218	80.7	1,484	55.7	2,312	88.5	3,796	72.0
40-59	460	13.0	589	16.7	1,049	14.9	398	10.9	459	12.6	858	11.8
60+	38	1.8	40	1.5	78	1.7	33	1.6	31	1.2	64	1.3
Âge non précisé	110	—	234	—	362	—	69	—	191	—	269	—
Total	**10,006**	**69.0**	**31,176**	**211.3**	**41,235**	**141.0**	**9,085**	**62.0**	**28,451**	**190.4**	**37,551**	**126.8**

* Par 100 000 habitants
† Totaux incluent les cas dont le sexe n'était pas précisé
H = Homme
F = Femme
C = Cas
T = Taux

Données démographiques : Statistiques Canada, estimations fondées sur le recensement 1991

En 1995, 75 % des cas signalés chez les femmes et 57 % des cas chez les hommes étaient âgés entre 15 et 24 ans. On retrouvait 37 % de tous les cas chez les hommes dans le groupe des 25 à 39 ans. L'écart selon le sexe était assez important chez les 15 à 24 ans, soit 4,1 cas chez les femmes pour chaque cas chez les hommes. Le ratio femmes/hommes était de 1,7:1,0 chez les ≥ 25 ans.

En 1992 et 1993, les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge. Le même phénomène était observable en 1994 et 1995 dans tous les groupes d'âge sauf chez les > 60 ans. Les taux sont cependant faibles dans ce dernier groupe et les différences entre les hommes et les femmes sont probablement attribuables à une fluctuation aléatoire ou à l'instabilité associée à de petits nombres.

Hommes et femmes de ≤ 14 ans

Les cas signalés de maladies transmises sexuellement chez les ≤ 14 ans sont préoccupants parce qu'ils peuvent être dus à une exploitation et à un abus sexuels. En 1995, 2 % des cas de chlamydiose génitale signalés chez les femmes avaient < 15 ans. La proportion chez les hommes était de 0,5 %. La différence selon le sexe dans ce groupe d'âge est de quatre femmes pour un homme. Dans le groupe des 10 à 14 ans, les taux signalés de chlamydiose chez les femmes et les hommes se situaient à 47,6 et à 2,0 cas pour 100 000. En 1992, les taux signalés d'infection dans le même

groupe d'âge étaient de 64,1 et de 3,2 pour 100 000, respectivement. Il est fort probable que ces baisses rendent compte de la diminution des taux chez les adultes. On ne devrait pas en déduire qu'il s'est produit un changement dans le nombre de cas ou les taux d'exploitation et d'abus sexuels.

Les cas signalés chez les enfants de < 1 an (56 cas, dont 32 filles et 24 garçons) peuvent représenter des cas de conjonctivite ou de pneumonie qui se rapportent aux *Chlamydiae* et qui ont été contractés d'une mère infectée au moment de la naissance.

Distribution géographique

Le tableau 3 présente les taux provinciaux et territoriaux de chlamydiose génitale en 1995. Les Territoires du Nord-Ouest affichaient les taux les plus élevés, soit 1 388,5 cas pour 100 000. Terre-Neuve venait au dernier rang avec 47,5 cas pour 100 000. Entre 1992 et 1995, on a observé dans toutes les provinces et les territoires d'une manière générale, une baisse du nombre de cas et des taux d'incidence (tableau 3) avec certaines fluctuations vers la hausse dans certaines provinces.

Tableau 3
Cas déclarés et taux* de chlamydiose génitale au Canada par province et territoire, 1992-1995

Province/Territoire	1992		1993		1994		1995	
	C	T	C	T	C	T	C	T
Terre-Neuve	450	77.1	483	79.3	356	61.3	272	47.5
Île-du-Prince-Édouard	204	155.0	139	104.4	109	81.0	112	82.3
Nouvelle-Écosse	1.646	178.0	1.459	156.8	1.446	154.8	1.187	124.4
Nouveau-Brunswick	1.339	177.8	1.066	141.1	917	121.0	782	94.7
Québec	10.361	144.7	9.647	133.3	7.837	107.5	7.048	96.1
Ontario	12.830	120.5	14.041	129.8	13.465	123.1	12.090	109.0
Manitoba	3.290	294.4	3.259	289.9	3.075	272.2	3.008	264.4
Saskatchewan	2.408	238.9	2.309	228.4	2.497	246.7	2.344	230.8
Alberta	6.312	238.5	5.199	193.6	5.010	184.5	5.018	182.7
Colombie-Britannique	6.434	185.1	5.302	148.2	5.388	146.3	4.660	123.7
Yukon	192	634.3	166	545.3	153	515.1	156	518.0
Territoires du Nord-Ouest	899	1.437.1	972	1.526.8	1.002	1.548.8	914	1.388.5
Canada	**46.365**	**162.4**	**44.022**	**152.1**	**41.235**	**141.0**	**37.551**	**126.8**

* Par 100 000 habitants
C = Cas
T = Taux

Les différences de taux entre les provinces peuvent s'expliquer par divers facteurs, notamment les pratiques en matière de dépistage, les programmes d'éducation, les campagnes de promotion de la santé, le choix du traitement (administration d'une seule dose ou de plusieurs doses d'antibiotiques) et efficacité de la recherche des contacts. Il faut donc user de prudence lorsqu'on compare les données d'une province à l'autre.

Analyse

Bien que des cas de chlamydiose aient été signalés parmi tous les groupes dans la population, ces infections sont surtout propres aux jeunes et aux personnes qui ont des comportements à haut risque[6]. Les adolescents actifs sexuellement sont particulièrement exposés aux chlamydioses génitales parce qu'ils sont nombreux à adopter des comportements à haut risque, notamment à avoir de nombreux partenaires sexuels, des rapports sexuels non protégés et à faire appel à des méthodes de contraception autres que celles dites de barrière[6].

L'écart selon le sexe est un artefact du dépistage et ne traduit pas des différences réelles dans l'épidémiologie de l'infection. Les taux plus élevés relevés chez les femmes s'expliquent probablement par le fait que celles-ci consultent le système de santé et subissent des tests plus souvent que les hommes. Les hommes hésitent davantage à subir des tests parce que le prélèvement d'échantillons par écouvillonnage urétral est une intervention invasive qui cause une certaine douleur et de l'inconfort. L'introduction de méthodes d'amplification de l'ADN, telles que la ligation répétitive d'oligonucléotides et l'amplification par la polymérase, devrait dissiper leur répugnance. Ces épreuves de laboratoire permettent de détecter l'infection chez les hommes comme chez les femmes dans des échantillons d'urine plutôt que dans des prélèvements urétraux ou cervicaux. Elles ont un degré de sensibilité supérieur à 95 % chez les hommes et de 80 % à 90 % chez les femmes, comparativement à une mesure de référence élargie fondée sur deux tests positifs à partir d'échantillons urétraux d'urine ou de prélèvements cervicaux. Les épreuves d'amplification en laboratoire présentent également d'autres avantages : il faut environ de 2 à 4 heures pour obtenir les résultats et on peut analyser de grandes quantités d'échantillons.

Ces nouvelles techniques comportent cependant des problèmes. Il existe un risque de résultats faussement positifs dû à la contamination et à la présence d'inhibiteurs dans l'échantillon, tels que l'héparine et les ions phosphate. De plus, il faut se demander s'il est important de connaître la signification d'un résultat positif à une épreuve faisant appel à l'amplification par la polymérase. La mise en évidence d'un petit nombre de microorganismes peut en effet être interprétée de diverses manières : portage, état préclinique, ou état pathologique minimal qui est stable et qui ne présente que peu ou pas de risque de morbidité.

À court terme, le nombre d'hommes soumis à un test de dépistage peut augmenter, et partant, l'écart entre les sexes s'amenuisera et on pourra estimer plus précisément la prévalence de la chlamydiose dans la population masculine. Si le nombre de personnes qui subissent un test de dépistage (par ailleurs plus sensible) croît, le nombre de cas ainsi que les taux de chlamydiose au Canada risquent d'augmenter à court terme (fort probablement chez les adolescents et chez les jeunes adultes). Et, partant, si un plus grand nombre de personnes sont testées et traitées, le bassin de sujets infectés devrait diminuer et le nombre de cas et les taux devraient fléchir à long terme.

La *Mise à jour de 1995 : Lignes directrices canadiennes pour les MTS* recommandaient l'administration d'une seule dose d'azithromycine[6,7]. Ce médicament n'est cependant pas très efficace contre la gonorrhée. Le traitement de la chlamydiose associe donc deux régimes thérapeutiques efficaces contre la

gonorrhée et les infections à *Chlamydia*. L'azithromycine est aussi efficace que la doxycyline prise pendant 7 jours.

Au nombre des stratégies visant à réduire l'incidence des chlamydioses, citons l'augmentation et l'expansion des programmes d'information sur les MTS, l'intensification du dépistage chez les personnes à haut risque et l'extension de la notification aux partenaires[6]. Des progrès enregistrés récemment dans le domaine de l'information sur le sida ont contribué à réduire la fréquence des comportements à risque associés à toutes les MTS et, par conséquent, l'incidence de l'infection à *C. trachomatis*[7].

La Division de la prévention et du contrôle des MTS, du Laboratoire de lutte contre la maladie, en collaboration avec les programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre les MTS, continueront de surveiller de près et de faire état des tendances futures en ce qui a trait aux chlamydioses génitales.

Références

1. Ronald A, Peeling R. *Les infections transmises sexuellement : leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur*. Dans : *Compréhension de l'infertilité : facteurs de risque*. Collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Vol 7. Ottawa (ON) : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993:1-150.
2. Goeree R, Gully P. *Fardeau que représente la **Chlamydia trachomatis** et la **Neisseria gonorrheae** au Canada*. Dans : *Prévention de l'infertilité*. Collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Vol 5. Ottawa (ON) : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993:31-84.
3. Sockett P, Garnett MJ, Scott C. *Communicable disease surveillance: notification of infectious diseases in Canada*. Can J Infect Dis 1996;7(5):293-95.
4. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaratiaon obligatoire, 1994*. RMTC 1996;22S2:21.
5. LLCM. *Mise à jour de 1995 : Lignes directrices canadienne pour les MTS*. RMTC 1995;21S4:157-59.
6. Jolly A, Orr P, Hammond G et coll. *Risk factors for infection in women undergoing testing for **Chlamydia trachomatis** and **Neisseria gonorrhoeae** in Manitoba, Canada*. Sex Trans Dis 1995;22(5):289-95.
7. Yeung KH, Dillon JR. *Premiers isolats canadiens de **Neisseria gonorrhoeae** producteur de pénicillinase (NGPP) résistant à la norfloxacine*. RHMC 1991;17:1-3.

Source : *S Squires, BScN, MSc, B Chalv, BA (Hon), T Wilk, BA, J Doherty, BA (Hon), MSc, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (ON).*

Avis

TENDANCES CONCERNANT LA GONORRHÉE AU CANADA, 1990-1995
Vol. 23-12, le 15 juin 1997

Veuillez noter que l'article susmentionné se fonde sur des données **préliminaires.** Le rapport annuel de 1995 sur la Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada, qui paraîtra d'ici la fin de l'année à titre de supplément du RMTC, présentera une analyse détaillée des données finales.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) à la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements — N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne — FAX : (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année
Abonnement de base : 80 $ (85,60 $ TPS inclus) au Canada, 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (160,50 $ TPS inclus) au Canada, 175 $ US à l'étranger.

Conseillers scientifiques : Dr John Spika (613) 957-4243; Dr Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Régnier

© Ministre de la Santé 1997